

# 介護保険主治医意見書問診票

この問診票は、医師が介護保険申請に必要な「主治医意見書」を作成する際に参考とさせていただくためにお願いするものです。お手数ですが、以下の質問にお答えの上、介護保険要介護認定申請書と一緒に十日町市福祉課介護認定審査係または各支所市民係に提出してください。（お答えになれる範囲で結構です。）

記入日 年 月 日

(ふりがな)		男・女	記入者氏名		本人との関係	
申請者氏名						
生年月日	明・大・昭 年 月 日		連絡先	( )	—	
かかりつけ医		現在の介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		

※ ケアマネージャー等が問診票を記入する場合は、記入者氏名欄に事業所名と氏名を記入してください。

## 1 1年間でかかりつけ医以外に受診しているものはありますか。(当てはまるものに「レ」をしてください。)

- 内科    精神科    外科    整形外科    脳外科    皮膚科    泌尿器科  
婦人科    眼科    耳鼻科    リハビリ科    歯科    その他 ( )

## 2 身体の状態についておたずねします。(最も近いもの1か所に「レ」をつけてください。)

- 日常生活上の支障はない。  
日常生活はおおむね一人ででき、バスなどを使って一人で外出できる。  
日常生活はおおむね一人ででき、隣近所になら一人で外出できる。  
一人では外出できないが、日中は起きて(ベッド(布団)から離れて)過ごすことの方が多い。  
一人では外出できないが、日中はベッド(布団)とそれ以外の場所で過ごす時間が半々位。  
ベッド(布団)上での生活が中心だが、食事やトイレはベッド(布団)以外の場所で行っている。  
ベッド(布団)上での生活が中心だが、介助してもらえれば車イスに乗れる。  
1日中ベッド(布団)上で過ごし、起き上がることはできないが、自力で寝返りはできる。  
1日中ベッド(布団)上で過ごし、自力で寝返りもできない。

## 3 もの忘れの状態についておたずねします。(最も近いもの1か所に「レ」をつけてください。)

- もの忘れはない。  
多少のもの忘れはあるが、一人でも生活できる。  
ときどき道に迷ったり買い物やお金の管理が一人ではきちんとできない。  
薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応など留守番ができない。  
日中、食事・排せつ・着替えがうまくできない。理由もなく一人で出歩いてしまうことがある。  
夜間に上記の症状がある。  
昼も夜も目が離せず、常に介護が必要。  
著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、家族の手におえない。

## 4 理解や記憶したりすることについておたずねします。(※以下、当てはまるものに「レ」をつけてください。)

- ・数分前のことは覚えていられますか。( はい いいえ)  
 ・日常生活で、ものごとを自分で決める(判断する)ことができますか。  
     ( できる 多少困難 見守る必要あり できない)  
 ・自分のしてほしいこと、してほしくないことは、きちんと伝えられますか。  
     ( できる 多少困難 飲食、睡眠、排せつ等の基本的な要求に限られる できない)

※裏面につづく

**5 日常生活で問題となる行動についておたずねします。(目安:「ある」は週1回以上、「時々」は月1回以上)**

- ・実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言うことがありますか。  
(例えば、お金や大切な物が取られたとかなくなったと言うことがありますか?) ( ある 時々 ない )
- ・屋間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出すことがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・介護に抵抗したり、または拒否することがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・目的なく動き回ったり、外出したり(徘徊)することがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・タバコの火やガスコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか。 ( ある 時々 ない )
- ・本来食べられないものを食べたりすることがありますか。 ( ある 時々 ない )

**6 身体の状態についておたずねします。**

- ・きき腕はどちらですか。( 右 左 )
- ・現在の身長 ( ) cm、体重 ( ) kg
- ・過去6ヶ月の2Kg以上の体重変化がありますか。 ( 増えた 変わらない 減った)
- ・マヒにより、不自由なところがありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・筋力の低下により、不自由なところがありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・関節の動きが悪く、不自由なところがありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・関節の痛みがありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・自分の意志に反した体の動き(ふるえ等)がありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・床ずれ(じょくそう)がありますか。 ( ある [部位 ] ない )
- ・その他の皮膚の疾患がありますか。 ( ある [部位 ] ない )

**7 現在の介護の様子についておたずねします。**

- ・自宅での歩行は一人でできますか。 ( できる 人の手を借りればできる できない )
- ・屋外での歩行は一人でできますか。 ( できる 人の手を借りればできる できない )
- ・車イスを使っていますか。 ( 使っていない 自分で操作している 人に押ししてもらっている )
- ・杖、歩行器、装具などを使っていますか。 ( 使っていない 屋外で使用 屋内で使用 )
- ・食事は自分で食べられますか。 ( できる なんとかできる できない )
- ・会話はスムーズにできますか。 ( できる できない(理由: 難聴 言語障害 他) )
- ・一人で着替えができますか。 ( できる 一部はできる できない )
- ・一人で入浴はできますか。 ( できる 一部はできる できない )
- ・入浴はどこでしていますか。 ( 施設のみ 自宅のみ 施設と自宅両方 )
- ・一人で排尿・排便ができますか。 ( できる 一部はできる できない )
- ・自分で薬・金銭の管理ができますか。 ( できる なんとかできる できない )

**8 介護サービスの利用についておたずねします。**

- ・現在介護サービスを利用していますか。 ( 利用している 利用していない )
- ・現在利用している介護サービスまたは今後利用を希望するサービスについて、当てはまるものにチェックをしてください。

- 訪問介護      訪問看護      訪問リハビリテーション      訪問入浴
- 通所介護      通所リハビリテーション      短期入所生活介護      短期入所療養介護
- 福祉用具貸与      福祉用具購入      住宅改修      その他 ( )

ご協力ありがとうございました。